

3. Окно настроек. В данном окне можно: редактировать список вариантов (в автоматическом или в ручном режиме); устанавливать режим выбора вариантов, автоматический или ручной; открыть/закрыть результаты тестирования.

4. Окно фазового пространства групповой оценки

5. Окно адаптации оценки.

Применение разработанной технологии обеспечит возможность адаптации образовательного процесса уровню знания и навыков обучаемых. Формируемая системой активная оценка (формирование данной оценки предусматривается впервые) позволяет количественно определить дополнительные затраты, требуемые для достижения установленного уровня образовательного процесса применительно к каждому обучаемому. Данные затраты диффе-

ренцируются относительно установленной шкалы оценок. Информация о фазовом пространстве групповой оценки открывает возможность оперативной модернизации методик образования относительно образовательного потенциала обучаемых и их навыков. Комплексная информация о характеристиках оценки (показатели активной оценки, фазовое пространство групповой оценки, среднее количественное пространство групповой оценки, энтропийное пространство принятия решения, среднее энтропийное пространство групповой оценки) обеспечит возможность адаптивной модернизации образовательных программ и методик подготовки кадров для сферы государственного и муниципального управления.

Список литературы

1. Котенко В.В. Теория виртуализации и защита телекоммуникаций: – Таганрог: Изд-во ТТИ ЮФУ, 2011. – 244 с.

*«Диагностика, терапия, профилактика социально значимых заболеваний человека»,
Турция (Анталья), 16-23 августа 2013 г.*

Медицинские науки

СТЕНТИРОВАНИЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОГО ГЕНЕЗА

Куликовский В.Ф., Солошенко А.В.,
Карпачев А.А., Ярош А.Л., Францев С.П.,
Мишустин А.М., Власюк Ю.Ю.,
Битенская Е.П., Николаев С.Б., Линьков Н.А.,
Хлынин А.Ю.

*Белгородская областная клиническая больница
Святителя Иоасафа;*

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород,
e-mail: docvla@mail.ru*

На сегодняшний день эндопротезирование общего желчного протока является одним из основных методов хирургического лечения механической желтухи у больных пожилого и старческого возрастов с выраженной сопутствующей патологией. Нарастающая «популярность» и широкое внедрение данной методики в практику спровоцировало возникновение целого ряда вопросов, а именно: выбор материала и покрытия стентов, профилактика ранней обтурации, миграция, сроки функционирования и замены и т.д.

В основу работы положен анализ результатов стентирования общего желчного протока у 57 больных с механической желтухой желчно-каменного генеза на базе Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа за 2009–2012 г. Мужчин было 22 (38,5%), женщин – 35 (61,4%), средний возраст составил – $71,5 \pm 6,8$ года. У 46 пациентов (80,7%) отмечалась желтушность кожных покровов и склер, темная моча и ахоличный кал. Уровень общего билирубина колебался от 8,7 до 447,7 ммоль/л, и в среднем составил – $102,1 \pm 23,7$ ммоль/л.

Стентирование общего желчного протока выполняли пластиковыми стентами типа TANNENBAUM с целью длительной декомпрессии при эндоскопически не удалимых конкрементах у больных пожилого и старческого возрастов с тяжелой сопутствующей патологией, выполнение «открытых» операций у которых было сопряжено с высоким риском развития осложнений.

Лечебные мероприятия во всех случаях начинали с выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии. При этом выявленные явления холангита у 19 больных (33,3%) потребовали выполнения назобилиарного дренирования. Дренаж устанавливали параллельно стенту выше места обструкции для осуществления аспирационно-промывного дренирования биллиарного «дерева». У 24-х больных (42,1%) попытки выполнения литоэкстракции оказались безуспешными из-за невозможности захвата конкремента ввиду отсутствия свободного пространства для раскрытия корзинки. Остальным 33 больным (57,9%) литоэкстракция не выполнялась из-за больших размеров конкрементов (более 2,5 см), что делало попытки заведомо безуспешными и даже опасными. Из них двум пациентам (3,5%) была выполнена дистанционная ударно-волновая литотрипсия, результаты которой были неудовлетворительными.

У одного пациента из-за индивидуальных анатомических особенностей строения желчных протоков стентирование не привело к адекватному восстановлению желчеоттока, и при нарастающих явлениях холангита и механической желтухи была выполнена безотлагательная «открытая» операция.

После выписки из стационара у 45 (79%) пациентов была произведена плановая замена стента в сроки от 3 до 4 месяцев до развития дисфункции. 12 (21,0%) пациентов были госпитализированы повторно с рецидивом механической желтухи в сроки от 5 до 557 суток от момента предыдущей выписки из стационара. Из них у 8 (66,6%) больных выявлена полная обструкция внутреннего просвета стента с нарушением желчеоттока, у 4-х (33,3%) – верифицирован гнойный холангит, в 3-х случаях

(25%) рецидив механической желтухи возник в результате миграции стента в просвет двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, полученные результаты демонстрируют возможность широкого применения стентирования общего желчного протока с целью длительной декомпрессии билиарного «дерева» при неразрешенном холедохолитиазе у больных пожилого и старческого возрастов, когда выполнение «открытых» оперативных вмешательств сопряжено с высоким риском развития осложнений.

Психологические науки

ДЕПРЕССИВНОЕ СОСТОЯНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ДЕТСКОМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЦЕНТРЕ, ФОРМЫ И МЕТОДЫ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ

Вараксин В.Н.

ФГБОУ ВПО «ТГПИ имени А.П. Чехова», Таганрог,
e-mail: vnvaraksin@yandex.ru

В подростковом возрасте характерно возникновение различных поведенческих и эмоциональных расстройств, поскольку ключевой аспект этой проблемы – различные эмоциональные расстройства. Действительно, большинство детей и подростков, подверженных депрессивному состоянию, надолго сохраняют плохое настроение, которое нужно преодолевать самостоятельно или с помощью близких людей.

Возникновение депрессивного состояния у детей и подростков особенно заметно в социально активном окружении. Влияние, которое оказывает окружение, воздействует на характер восприятия детьми и подростками ситуативных событий жизни, имеющими склонность к преувеличению или преуменьшению переживаний, систему собственных ценностей и их особенный взгляд на окружающий мир.

В данном исследовании мы учитываем все мероприятия, проводимые с детьми, индивидуальные и групповые. Несомненным плюсом данного исследования является то, что мы предлагаем использовать совместные мероприятия, которые проводятся для разновозрастных категорий детей. Целью их является создание условий для сплочения временного детского коллектива, поддержания стабильного эмоционального состояния всех членов такого коллектива их позитивного взаимодействия, а также привития навыков бесконфликтного общения. В качестве инструмента повышающего интерес к межличностному взаимодействию можно воспользоваться методикой так называемого «Большого совета», с помощью которого разрабатываются правила взаимодействия во временном детском коллективе.

Чтобы откорректировать депрессивное состояние у детей и подростков необходимо найти и прекратить действие основной причины воз-

никновения такого состояния. Если такая причина не устранена, то депрессивное состояние может перейти в устоявшееся эмоциональное состояние, которое может сохраняться долго, и требует специальной психолого-педагогической коррекции.

Сильным источником детского депрессивного состояния может быть само присутствие во временном детском коллективе. Дети и подростки более тревожны и склонны к депрессивному состоянию, когда:

- боятся вожатых, воспитателей, администрации детского оздоровительного центра;
- общаются с вожатыми, воспитателями, чье мнение для них важно или имеет значение, например, при подведении еженедельных итогов;
- их успехи оценивает педагогический коллектив или жюри;
- их поведение разбирается в отряде или на общих линейках;
- они находятся в новой или незнакомой ситуации и не знают, как правильно себя вести;
- готовятся к чему-то новому, необычному, например, к выступлению перед всем временным детским коллективом центра.

Эффективными психолого-педагогическими воздействиями на неуверенных в себе детей и подростков, обеспечивается эмоциональное благополучие в общении с вожатыми и сверстниками.

Зачастую поведение ребёнка приводит к нарушению его социального функционирования отказ от порученного дела, ухудшение социальных контактов, уход из детского оздоровительного центра, делинквентность, аддиктивное поведение и т.д. В это время дети и подростки нуждаются в любви и поддержке, заботе, разумном и честном объяснении происходящего. В случае, если такой поддержки нет, они остаются одинокими, они испытывают чувство собственной вины за происходящее вокруг них, питают надежду на возможное возвращение своего социального статуса, они переживают депрессивное состояние в связи с невозможностью что-либо изменить своими силами.

Немаловажным фактором жестокого обращения с детьми и подростками является фактор